

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DE LA GRIPPE

Formes gastro-intestinales

1918-1919

PAR

P. TRISTAN

Président : M. GILBERT, PROFESSEUR

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

Doyen	M. ROGER
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MEÏNETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MAUFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	FIÉSSINGER	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	GARNIER	LE LORIER	RETTERER
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEOUEUX	RICHAUD
BRANCA	GUENIOT	LEREBoullet	ROUSSY
CAMUS	GUILLAIN	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLEMINOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TANON
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	TERRIEN
CLERC	LABB HENRI	MOCOQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	LAIGNEL-LAVAS-	MULON	VILLARET
DESMAREST	TINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Humble témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA FEMME

A MA SOEUR

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
D'ANGERS ET DE NANTES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONPROFIT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR THIBAUT

A MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOIR

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Officier de la Légion d'Honneur

A TOUS NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer nos études en médecine, nous tenons, avant de commencer ce modeste travail, à apporter nos remerciements à nos maîtres qui nous ont fait profiter dans les hôpitaux de leur science et de leur expérience.

Nous remplissons avec joie un devoir, celui de rendre hommages à nos maîtres dans les hôpitaux d'Angers et de Nantes.

Nous avons toujours trouvé près d'eux un aimable accueil, des conseils éclairés et des méthodes sûres.

Notre reconnaissance va tout particulièrement à M. le Professeur MONPROFIT auprès duquel nous avons trouvé pendant les premières années de nos études médicales (1909-1911) un guide sûr et une amitié constante.

Nous nous souvenons aussi de nos deux années passées dans le service de M. le Professeur THIBAUT (1911-1913), l'extrême clarté de son enseignement jointe à sa grande aménité les rendirent fécondes.

Qu'il veuille bien accepter aujourd'hui tous nos remerciements.

Que tous nos maîtres dans les hôpitaux de Paris et

tout particulièrement les Professeurs GILBERT, WIDAL, DELBET, HARTMANN, COUVELAIRE et MARFAN, qui nous ont guidé et aidé de leurs conseils, reçoivent ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Je tiens à remercier également M. le D^r LE NOIR, dans le service duquel nous avons recueilli les quelques observations qui font aujourd'hui l'objet de notre thèse, ainsi que MM. les D^{rs} ALIVISATOS et TAILLANDIER qui ont bien voulu nous honorer de leur collaboration affectueuse.

INTRODUCTION

Bien que, fort heureusement, il ne soit plus question à l'heure actuelle de l'épidémie de grippe de 1918-1919, il nous a paru intéressant, cependant, d'entreprendre ce travail, car, après avoir lu une grande partie de tout ce qui a été écrit sur cette question, non seulement au cours de la récente épidémie, mais aussi au cours des épidémies précédentes de 1889 et de 1837, nous avons constaté que les formes et les complications gastro-intestinales étaient relativement peu nombreuses, en comparaison des autres formes relatées par les différents auteurs qui se sont occupés de cette question ; et cela surtout au cours de l'épidémie de 1918-1919.

Après un séjour au front de près de trois années, dans l'infanterie, j'ai dû être évacué, à mon retour aux armées : j'ai été affecté à l'ambulance 7/7, rattachée à l'hôpital d'évacuation n° 52, et là, ayant eu moi-même un service de grippés pendant les derniers mois de l'année 1918, j'ai pu voir défiler un grand nombre de malades, malheureusement une installation tout à fait insuffisante et le trop grand nombre de malades qui nous arrivaient chaque

jour ne nous permit pas de prendre des observations comme nous l'aurions voulu. Nous avons pu cependant observer quelques cas intéressants de grippe à forme gastrique et intestinale pure, ainsi que quelques formes gastro-intestinales.

Nous n'aurons pas d'autre prétention que de présenter ici les quelques observations recueillies par nous aux armées, jointes à celles qui nous ont été fournies dans le service de M. le D^r LE NOIR à l'hôpital Saint-Antoine.

HISTORIQUE

L'historique de la grippe n'est plus à faire ; cependant, avant d'entrer directement dans notre sujet, il me paraît indispensable de rappeler en quelques lignes, aussi brièvement que possible, quelle fut la marche de la grippe à travers le monde et de donner une idée des ravages qu'elle a causés un peu partout.

M. le Dr J. COMBY, médecin des hôpitaux, écrivait en décembre 1889 : « La grande épidémie de grippe qui vient de parcourir en quelques mois l'ancien et le nouveau monde a été pour beaucoup de médecins une surprise. Il faut remonter jusqu'en 1837 pour trouver l'équivalent de l'épidémie dernière.

« La symptomatologie de la grippe commençait à s'effacer de la mémoire médicale quand la grande explosion de 1889-1890 est venue remettre sous nos yeux les traits inoubliables de cette pandémie... »

Je crois qu'en 1918 la surprise n'a pas été moindre.

Après quatre années de guerre on s'étonnait et on se réjouissait de la rareté des maladies épidémiques, mais la grippe est venue brusquement déconcerter les optimis-

tes et c'est alors que les efforts de tous aussi bien aux armées qu'à l'intérieur sont devenus nécessaires pour limiter son extension et ses méfaits et arracher le plus possible de victimes aux étreintes surnoises du fléau régnant.

A ce moment les rumeurs les plus alarmantes circulaient, on alla même jusqu'à parler de choléra et de peste !

Cette épidémie de grippe de 1918 ne fut autre que la vieille influenza de 1889-90.

C'est à tort qu'elle fut appelée *grippe espagnole*, puisque des cas de grippe avaient déjà été signalés en avril et mai 1918, par MM. CHAUFFARD et DE MASSARY et que presque en même temps M. NETTER signalait l'existence dans l'armée et à l'intérieur de grippe nerveuse.

A ce moment la grippe se développe avec plus d'intensité en Espagne qu'en France sans doute à cause des conditions climatiques différentes et plus favorables à son développement au delà des Pyrénées qu'en deçà.

La péninsule ibérique n'en a donc pas été le point d'origine.

Il semble d'ailleurs que l'épidémie de grippe de 1918-1919 ait suivi la marche classique des grandes invasions. Partie de l'Asie à une époque difficile à préciser, elle envahit l'Europe par la Russie et la Turquie, gagna rapidement les Etats Centraux et Balkaniques, fut rapportée d'Allemagne en Suisse et de là en France par les rapatriés et grands blessés.

Il est évident que ces malheureux internés, fatigués et exténués, furent pour elle une proie facile et lorsqu'ils

furent rapatriés, malgré les mesures judicieusement conseillées par M. J. RENAULT qui avait été désigné par le gouvernement français pour aller sur place étudier les mesures à prendre, ils répandirent partout sur notre territoire la grippe avec les complications qu'elle devait entraîner.

L'extension se fit rapidement, la chaleur et la sécheresse exceptionnelle de tout l'été y aidant, ainsi que le surpeuplement de toutes les villes de province.

Enfin, si on se rappelle le rôle attribué aux moyens de transport dans les précédentes épidémies, on ne peut être surpris que ceux-ci, tels qu'ils fonctionnaient à ce moment, aient eu dans l'épidémie de 1918 une importance primordiale.

A la fin de septembre et au commencement d'octobre, la grippe sévit avec une nouvelle intensité, à Paris, cela à cause de la rentrée scolaire et du retour en masse des familles vers la capitale.

De la France, l'épidémie gagna l'Angleterre et les deux Amériques par la voie du trajet maritime.

Voilà qu'elle fut la marche de cette terrible épidémie de grippe de 1918, qui débuta en mars 1918 pour se maintenir à l'état endémique jusqu'en avril 1919 avec un maximum en octobre 1918.

Voici enfin quelques renseignements intéressants qui nous donneront une idée de la violence et de l'universalité de cette pandémie.

Le 23 novembre 1918, le *Times* recevait de Delhi (Indes Anglaises) la communication suivante :

« Les ravages ont été terribles dans la ville de Bombay, il y a eu 16.000 morts ; et dans la ville de Delhi, sur une population de 200.000 habitants, le chiffre des morts a atteint par jour jusqu'à 800.

« On estime que le nombre des morts a été d'environ 5 à 10 % de la population. La mort a frappé surtout les jeunes gens et les femmes. »

En Mars 1919, le même journal annonçait que la mortalité avait atteint dans les Indes Anglaises le chiffre formidable de 6.000.000.

Cela ne doit pas nous surprendre, car la question ethnique nous a paru avoir une certaine importance. M. E. LENOBLE, médecin de l'hôpital de Brest, a publié dans le *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, à la date du 7 février 1919, un article dont nous extrayons le passage suivant :

« Nous avons vu défilér dans nos salles à peu près toutes les races de l'univers appartenant à la marine de commerce. Les Hindous ont succombé au fléau dans la proportion de 75 %. »

Enfin, toujours d'après le *Times*, l'épidémie aurait fait 250.000 victimes à Buenos-Ayres.

A Rio-de-Janeiro, les affaires auraient été complètement suspendues pendant trois jours, la ville ayant été littéralement évacuée.

FORMES CLINIQUES

Après avoir rappelé la marche, la violence et l'universalité de l'épidémie de 1918-1919, nous dirons quelques mots au sujet des formes cliniques observées.

On a beaucoup écrit sur l'épidémie de grippe de 1918 et cela tient à ce qu'elle fut beaucoup plus meurtrière qu'on aurait pu le penser au moment de son apparition. A cette époque, en effet, elle ne révélait pas un caractère de gravité réelle. Survenant brutalement, provoquant une courbature générale, des douleurs intenses dans la tête et dans les membres elle s'accompagnait d'une température élevée.

L'appareil respiratoire et le tube digestif ne participaient que d'une façon très modérée à ce tableau symptomatique.

Une langue saburrale avec enduit plus ou moins épais, une gorge rouge surtout au niveau des piliers, une sensation de chatouillement provoquant parfois une toux assez pénible, la raucité de la voix, étaient notés chez un certain nombre de sujets.

La maladie durait peu. Au bout de deux ou trois jours

en général, la fièvre prenait fin brusquement et le malade conservait seulement une fatigue assez vive persistant une semaine ou davantage.

Tel fut le tableau des premiers cas de grippe simple observés, tableau qui devait se modifier par la suite et causer tant de ravages pendant la période suivante.

A ce moment déjà la grippe était très contagieuse et cette contagion fut presque toujours inter-humaine, s'observant surtout à la période initiale et fébrile. A cette notion de contagiosité il faut joindre celle de la brièveté de la période d'incubation qui explique la rapidité avec laquelle se transmet l'épidémie : il suffit de rappeler le cas cité par M. LEREBoullet, qui a pu voir dans un service de 33 lits d'enfants, à la suite d'une contamination par une infirmière, 31 enfants pris de grippe en 3 jours ; ou celui de M. JOLTRAIN, qui a observé 97 cas de grippe dans une agglomération de 200 individus. L'épidémie s'était propagée en 4 jours environ. Le début avait été particulièrement brusque, on avait noté surtout une violente céphalée, de la courbature et une prostration profonde. La température s'élevait à 40° le premier jour et tombait dès le lendemain. La maladie évoluait en 3 ou 4 jours. On a pu observer fréquemment de la bradycardie jointe à une hypotension artérielle passagère.

Malheureusement dans la suite la grippe a revêtu des formes graves, qui furent cause de la grande mortalité observée plus tard. En effet ce sont les formes thoraciques avec leurs complications broncho-pulmonaires, broncho-pneumonie, pneumonie, congestion pulmonaire, pleuré-

sie séro-fibrineuse, purulente, etc., qui furent de beaucoup les plus nombreuses, et nous pouvons, avec M. LEREBoullet, rappeler la phrase de M. Gaillard, qui, lors de l'épidémie de 1889, disait : « Si la grippe tue, c'est qu'elle frappe au thorax ».

Beaucoup d'auteurs se sont occupés tout particulièrement de ces gripes à formes thoraciques, nerveuses, etc.

Nous n'avons pas l'intention de nous occuper ici de ces formes déjà décrites, nous parlerons seulement des gripes à formes gastriques ou intestinales.

Cette épidémie a présenté, dès le début, des formes gastro-intestinales, et nous croyons pouvoir rattacher au caractère de gravité exceptionnelle, que ces formes ont pu revêtir, les bruits de choléra et de peste qui ont circulé à ce moment parmi la population. Très souvent les localisations broncho-pulmonaires s'observaient en même temps que les phénomènes gastro-intestinaux et ceci nous explique pourquoi certains auteurs ont nié l'existence de ces formes gastro-intestinales pures et ont écrit que s'ils avaient vu des grippés atteints plus ou moins passagèrement de vomissements et de diarrhée, c'était toujours en concomitance avec des symptômes broncho-pulmonaires qui, joints à la brusquerie du début, à la courbature généralisée ne permettaient guère d'hésiter sur le diagnostic. Ils n'ont pas vu non plus de ces formes pseudo-typhiques, cholériques, dysentériques, etc.

Toutefois si les formes thoraco-abdominales furent les formes les plus souvent observées, nous devons dire que nous avons eu l'occasion d'observer des malades qui au

cours de leur affection grippale, sans aucune autre complication présentaient des désordres uniquement au niveau de l'appareil gastro-intestinal et c'est sur ces formes que nous voulons attirer l'attention.

Nous essaierons, avec observations à l'appui, de démontrer qu'il y avait des formes gastriques pures, des formes intestinales pures et des formes mixtes.

A côté de ces formes généralement bénignes, il y a des auteurs qui ont observé des troubles plus profonds comme des hématomèses et des véritables hémorragies intestinales.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer personnellement des cas semblables, aussi les observations que nous rapporterons à ce sujet ont été empruntées aux publications de ces divers auteurs.

Nous dirons enfin quelques mots de l'influence de la grippe chez des malades ayant un passé gastrique ou abdominal.

A. — FORME GASTRIQUE PURE

Dans toutes les épidémies de grippe des formes gastriques ont été observées d'une façon constante.

Dans cette forme le malade se sent fatigué, courbaturé, il accuse souvent des douleurs épigastriques, ces douleurs sont tantôt spontanées, tantôt provoquées, elles sont plus ou moins intenses, ne se traduisant quelquefois que par de simples pesanteurs épigastriques. Les épistaxis sont fréquentes.

L'haleine est fétide, la bouche sèche, la langue saburrale, quelquefois porcelainée, la gorge rouge.

La soif est généralement vive, les nausées et les régurgitations sont fréquentes. •

Quelquefois, c'est là toute la symptomatologie.

Le malade entre dans la convalescence trois ou quatre jours après. Plus souvent, le foie est légèrement augmenté de volume ainsi que la rate, et les vomissements succèdent aux nausées : ces vomissements qui peuvent se reproduire plusieurs fois dans la journée sont d'abord alimentaires, puis aqueux et très rapidement bilieux.

Certains malades présentent des vomissements tout à fait incoercibles, ils ne supportent plus rien, la moindre ingestion d'un liquide quelconque les fait vomir, l'estomac est complètement intolérant.

En somme, le malade se présente avec un ensemble de symptômes rappelant ceux d'un embarras gastrique plus ou moins grave. Ces symptômes purement gastriques chez des malades antérieurement bien portants, et n'ayant aucun passé gastrique, pris au milieu d'une épidémie de grippe nous semblent bien devoir être attribués à cette infection. En effet, les malades entrent dans la maladie avec tous les phénomènes d'une affection aiguë, céphalée, courbature, asthénie et fièvre et au milieu de ces symptômes généraux, c'est du côté de l'estomac que les manifestations morbides se font sentir, d'autre part la disparition de ces phénomènes avec la disparition de l'affection grippale nous permet d'envisager cette forme comme une forme purement gastrique.

Il est évident que chez des malades qui ont un passé gastrique, ces manifestations sont plus nettes et plus prolongées ; c'est le cas de la malade dont nous donnons maintenant l'observation : cette malade qui présentait à son entrée une légère agitation avait l'habitude de prendre quotidiennement une certaine quantité d'eau de mélisse.

OBSERVATION I (D^r LENOIR, Saint-Antoine)

Mme M..., âgée de 36 ans, entre le 16 octobre 1918.

Dans les antécédents personnels et héréditaires de cette malade on ne trouve rien de particulier. Elle a toujours été bien portante. A noter, cependant, que la malade prend quotidiennement une assez forte quantité d'eau de mélisse. 4 jours avant son entrée, elle s'est sentie fatiguée, courbaturée. Elle avait des nausées et de la céphalée.

A son entrée, la température est de 39°,8. Le pouls est rapide. Le faciès légèrement subictérique, elle vomit tout ce qu'on lui donne. Les vomissements sont abondants, glaireux, puis bilieux, mais ne contiennent pas de sang.

La palpation du ventre révèle une sensibilité diffuse.

L'examen du cœur et des poumons est normal.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le 17 octobre : même état. Température 39°,2 ; soir, 39°,8. Les vomissements continuent et la malade présente un délire d'intensité moyenne. On prescrit de la glace sur la tête et sur le ventre. Huit centigrammes d'extrait thébaïque dans les 24 heures, 1 gramme de quinine et 1 gr. d'aspirine.

Le 18 : Même état. Température, 39°,2 ; soir, 39°,8. Les vomissements continuent. Rien au poulmon.

Le 19 : La température se maintient aux environs de 39°. La malade est plus calme et les vomissements sont plus espacés.

Elle peut absorber du liquide sucré et dort un peu mieux la nuit.

Le 20 : La température, 38°,2 matin ; soir, 38°,4. Les vomissements sont très espacés. La malade boit et urine davantage. On continue le même traitement.

Le 21 : La malade est complètement apyrétique, elle réclame à manger et ne vomit plus, elle supporte très bien 2 litres de lait.

Cette amélioration continue jusqu'au 24, date à laquelle la malade quitte le service. Bien portante, son teint subictérique a complètement disparu. Elle s'alimente normalement.

OBSERVATION II (Personnelle)

D. B..., soldat au ...^e d'infanterie, entre à l'ambulance 7/7, le 13 septembre 1918, se plaignant de céphalée intense, de frissons et de nausées depuis la veille.

A son entrée, le malade paraît très fatigué, il toussote un peu, sa température est à 40°.

Examen : La langue est sèche, porcelainée. A la palpation ou réveille une légère douleur au creux épigastrique. Le malade ne supporte rien, il vomit dès qu'il absorbe un liquide quelconque. A l'auscultation : cœur et poumons normaux.

Le 14 : Même état. Température, 39°,8. Céphalée vive avec agitation. La sensibilité à l'épigastre est plus marquée, les vomissements sont fréquents. Compresse froide à l'épigastre ; 1 gr. de quinine en injection.

Le 15 : Le malade se sent un peu mieux. La température est à 38°. Les douleurs épigastriques persistent mais les vomissements sont moins fréquents ; le malade refuse tout aliment liquide.

Le 16 : La température est normale, le malade prend un peu de lait sans vomir.

Le 17 : Tout rentre dans l'ordre : il n'y a ni douleur, ni température, ni vomissement.

A l'auscultation, on ne trouve rien au cœur, rien aux poumons. Le malade reste à l'ambulance pendant quelques jours et part en convalescence.

OBSERVATION III (D^r LENOIR, Saint-Antoine)

Mme B..., 23 ans, blanchisseuse, entre le 14 octobre, se plaignant de céphalée et de nausées. Toujours bien portante jusqu'à maintenant, on ne note rien de spécial dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

3 jours avant son entrée, toux sèche avec courbature généralisée, douleurs dans le dos et dans la jambe gauche. A l'entrée, la malade paraît fatiguée, sa température est à 38°, le pouls est un peu rapide.

Le cœur et les poumons sont normaux.

Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

On lui fait 1 cc. de sérum antipneumococcique, on lui donne per os 1 gr. de quinine, 1 potion de Todd et 4 gr. CaCl₂ par voie rectale. La malade reste dans la salle jusqu'au 20 octobre. Les 15, 16 et 17, la température se maintient aux environs de 38°, avec vomissements quotidiens, liquides et bilieux, elle ne peut absolument rien absorber. Même indication que le 14 avec 20 cc. de sérum par jour.

Le 18 : La malade est apyrétique, réclame à boire et peut supporter deux litres de lait, sans nausées ni vomissements. Cette amélioration continue et la malade sort le 20, complètement rétablie, pouvant s'alimenter comme auparavant.

B. — FORME INTESTINALE PURE

A côté de ces formes gastriques la grippe a donné lieu à des manifestations purement intestinales et ce sont ces formes que nous décrirons maintenant.

Chez certaines malades qui auparavant n'avaient jamais présenté de troubles intestinaux on pouvait noter une élévation de la température avec apparition des malaises généraux de l'affection grippale, enfin des coliques, avec selles fréquentes et liquides.

Quelquefois le malade était d'abord constipé dans les premiers jours de la maladie et ce n'est que 2 ou 3 jours après qu'il présentait des coliques accompagnées de selles semi-liquides, fortement glaireuses et parfois même sanguinolentes.

Ces coliques étaient plus ou moins fortes et la palpation de l'abdomen était sensible. La rate était quelque fois augmentée de volume, ainsi que le foie. La température assez élevée. L'appareil respiratoire et cardio-vasculaire étaient normaux.

Ces troubles intestinaux étaient parfois très intenses et on se trouvait en présence d'une crise vraiment dysentérique. Les selles étaient fréquentes, fortement glaireuses et souvent teintées de sang. La diète, les boissons chaudes, un peu de quinine donnaient de bons résultats et après quelques jours l'état du malade s'améliorait et les selles devenaient moins fréquentes. La convalescence était en général prolongée.

Les phénomènes intestinaux disparaissaient en même temps que le malade entrait en convalescence, l'intestin reprenait son fonctionnement normal.

Voici deux observations qui correspondent à cette forme: la première (*observation personnelle*) prête à discussion, car l'examen des selles n'a pu être fait, et l'amibe peut

être incriminé. Dans la seconde observation, l'examen des selles s'étant montré négatif, nous croyons pouvoir rattacher les troubles intestinaux à l'affection grippale.

Pendant toute la durée de la guerre nous avons vu fréquemment des soldats atteints de coliques et de diarrhées ; ces troubles intestinaux doivent être rattachés à un défaut d'hygiène et à une mauvaise alimentation, mais le résumé de l'observation que nous donnons ici, observation choisie parmi plusieurs autres à peu près semblables, nous paraît répondre à cette forme de la grippe.

OBSERVATION IV (*Personnelle*)

Georges B..., soldat au ...^e Régiment d'Infanterie, arrive à l'ambulance le 15 septembre 1918. Il a fait toute la campagne et n'a jamais été malade, il n'a jamais présenté de troubles intestinaux. A l'entrée, sa température est de 39°,8. Son pouls est à 100. Toux sèche, quinteuse. Points douloureux du thorax. Céphalée intense. Coliques abdominales. 5 selles liquides et glaireuses.

On ne trouve rien aux poumons, rien au cœur.

Le malade est purgé et on lui donne un peu de quinine.

Les 16 : Matin, température 38°,2 ; Pouls, 80. Nombreuses selles liquides et glaireuses, avec filets de sang, nausées, pas de vomissement.

Le 17 : Matin, température 38°,6. Nuit agitée, insomnie complète, céphalée intense, 5 selles avec coliques. Compresse chaude sur le ventre, quinine.

Le 18 : Légère amélioration, céphalée moins vive. Le malade a dormi quelques heures. 3 selles semi-liquides avec glaires,

Le 19 : La céphalée a disparu ainsi que la fièvre. Le malade a une selle presque normale.

Les 20, 21, 22 : Le malade est en pleine convalescence, il a une selle normale par jour, il s'alimente bien.

Comme nous l'avons dit précédemment, étant donné les circonstances, l'examen n'a pu être fait : nous croyons cependant que, cette entérite aiguë, est due à l'infection grippale, toutefois, il ne nous est pas permis d'affirmer que cette entérite, survenue au cours de la grippe, ne soit due à une affection amibienne latente, révélée au cours de cette affection grippale.

Voici, maintenant, l'observation d'un malade chez lequel l'examen des selles a été pratiqué.

OBSERVATION V (D^r LENOIR, Saint-Antoine)

M. S..., G., 18 ans, employé de commerce, entre le 15 novembre 1918. A toujours été bien portant. Il y a deux ans, le malade aurait été hospitalisé pour une pneumonie avec hémoptysie (P)

Depuis, bien portant, pas de toux, pas d'expectoration. Malade depuis 3 jours, céphalée générale, épistaxis. A l'entrée, la température est de 38°,8. A une constipation de quelques jours fait suite une diarrhée assez abondante, 3 selles par jour.

Le 16 : Température, 37°,6. Son état général est le même. Coliques, 4 selles glaireuses avec filets de sang. Le ventre est sensible à la palpation.

Cœur et poumons normaux.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

On lui prescrit du sulfate de soude, 1 gr. de quinine, 4 gr. de CaCl_2 et on lui fait 1 cc. de sérum antipneumococcique.

Le 17 : Matin, température $37^{\circ},6$; soir $37^{\circ},8$.

Céphalée, courbature, 4 selles glaireuses, sanguinolentes. Dans les selles on ne trouve ni *parasites* ni *kystes*. On continue la quinine et on fait 20 cc. de sérum antipneumococcique.

Le 18 : Température, $37^{\circ},4$ matin ; soir, $37^{\circ},6$. 3 selles, pas de sang, même indication, 20 cc. de sérum.

Le 19 : Température 37° . 3 selles. Coliques moins fréquentes, pas de sang dans les selles, ni *kystes*, ni *parasites*.

Le 20 : 2 selles liquides ; même traitement.

Le 23 : 1 selle pâteuse. On supprime la médication et le malade quitte la salle 3 jours après, ayant 1 selle régulière et quotidienne.

C. — FORME GASTRO-INTESTINALE

Dans cette forme mixte le malade ressent une courbature générale, avec inappétence, fièvre, céphalée, quelque fois épistaxis et en même temps les troubles gastro-intestinaux apparaissent : ce sont d'abord des nausées pénibles, puis des vomissements plus ou moins abondants, alimentaires au début, puis glaireux et bilieux, enfin les coliques et la diarrhée souvent fétide viennent compléter le tableau ; on est alors en présence d'un embarras gastrique fébrile net. La température n'est pas très élevée mais souvent la céphalée est accentuée et le malade se sent très fatigué et très abattu. Les boissons chaudes, la quinine, les compresses chaudes sur le ventre, une légère

purgation font vite céder ces symptômes et en général au bout de quelques jours le malade est complètement guéri. Au fur et à mesure que les symptômes généraux rétro-cèdent tous les troubles gastro-intestinaux disparaissent.

Comme dans les formes précédentes, l'apparition brusque de ces phénomènes gastro-intestinaux au cours de la grippe et leur disparition rapide, en même temps que cette dernière affection, nous porte à croire qu'il s'agit bien là d'une seule et même infection.

Voici deux observations qui correspondent à cette forme.

OBSERVATION VI (D^r LENOIR, Saint-Antoine)

M. O. M..., âgé de 29 ans, étudiant, entré le 14 novembre 1918. Bien portant jusqu'à ce jour, pris subitement il y a 4 jours, de céphalée avec courbature générale, myalgie, épistaxis ; le lendemain le malade a des nausées, des coliques et de la diarrhée, malgré ses vomissements fréquents et bilieux, le malade se soigne chez lui, il a en outre 4 ou 5 selles liquides par jour.

Le 14 : A l'entrée, le malade a une température de 39°,8. Pouls petit, mais régulier, son ventre est sensible à la palpation. Rien au cœur. Rien au poumon. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Les selles examinées à l'entrée ne contiennent ni parasites ni kystes. Soir, température 38°,2. On injecte 300 gr. de sérum artificiel, 1 cc. de sérum antipneumococcique, huile camphrée quinine.

Le 15 : La température est à 38°,4. Les vomissements sont moins marqués, la diarrhée persiste et à l'auscultation on trouve quelques râles sous-crépitaux au niveau de l'omoplate gauche.

Le 16 : Température $38^{\circ},2$; soir $38^{\circ},4$. Les phénomènes pulmonaires persistent. 3 selles. Etat nauséux qui empêche toute alimentation.

Le 17 : Température $37^{\circ},7$; soir $37^{\circ},8$. Les signes pulmonaires sont disparus. 2 selles. Plus de vomissements. Un nouvel examen des selles reste négatif.

Du 18 au 23 : Température se maintient à la normale. Le malade a une selle par jour, bien moulée. Il quitte la salle quelques jours plus tard.

Parmi les quelques observations personnelles que nous avons recueillies, nous n'en citerons qu'une, celle qui nous paraît être la plus typique.

OBSERVATION VII (*Personnelle*)

R. B..., soldat infirmier, affecté au service des grippez, est pris subitement le 20 décembre 1918, de maux de tête, avec épistaxis, fièvre avec frissons et nausées.

Examen : On ne note rien d'anormal à l'appareil respiratoire ni cardio-vasculaire.

Pendant 5 jours, la température du malade s'est maintenue aux environs de 39° . Vomissements fréquents. Impossible d'ingurgiter la plus petite quantité de liquide. Coliques. Diarrhée. Le sixième jour, la température est redevenue normale, on a pu noter la disparition des phénomènes généraux et des troubles gastro-intestinaux.

Le malade a repris son service 3^e jours après.

De tout ce qui précède on voit que la grippe a revêtu des formes gastriques et intestinales pures, et des formes mixtes, ces formes étaient généralement bénignes, mais quelquefois, au contraire, la diarrhée prenait l'aspect

cholériforme, le sujet était pris subitement de douleurs gastro-intestinales des plus violentes, de vomissements et d'une diarrhée profuse amenant rapidement une déshydratation des tissus, la cyanose et l'algidité. M. LENOBLE a observé à Brest des diarrhées profuses incoercibles que rien n'arrêtait, le malade mourait pour ainsi dire vidé, comme dans le choléra. MM. SIREDEY et TINEL rapportent qu'en 1907 ils ont constaté des entérites aiguës mortelles survenues dans la convalescence des pneumonies grippales : dans deux cas la maladie eut une marche foudroyante et l'on trouva à l'autopsie une congestion intense de l'intestin avec des hémorragies intrapariétales.

Pour montrer la confusion qui a régné à un moment donné sur ces formes gastro-intestinales mal classées, nous citerons ce passage intéressant recueilli dans la thèse de JACQUET, Paul (thèse Paris, 1919).

Dans la région de Bourges on aurait fait un certain nombre de diagnostics de « *grippe à forme intestinale* », mais il s'agissait la plupart du temps soit de gastro-entérites à forme grave, parfois cholériforme et dont quelques-unes mortelles, soit d'entérites dysentériques ou de dysenterie confirmée.

La dysenterie bacillaire s'observe chaque année à Bourges et dans les environs. Cette année comme les précédentes pendant la deuxième quinzaine d'août et la première quinzaine de septembre, de nombreux cas de dysenterie bacillaire à type Shiga et dont le germe fut identifié par nous à plusieurs reprises, se sont produits dans l'année et surtout dans la population civile.

En outre, pendant la première quinzaine d'août, nous avons eu l'occasion de suivre au camp d'Avord, dans une population exempte de grippe, une petite épidémie de gastro-entérite cholériforme. Sur 7 cas observés nous avons isolé 3 fois des selles un bacille mobile à réactions fermentatives variées, semblant se rapprocher des paracolibacilles.

C'est à des faits analogues, vraisemblablement, qu'il faut rapporter la plupart des cas de grippe abdominales qui ont été diagnostiqués pendant l'épidémie, en tenant compte de la tendance naturelle des médecins à rapporter à la maladie régnante tous les cas mal classés. Il est intéressant de remarquer d'ailleurs que la grippe, la dysenterie, les gastro-entérites ont évolué parallèlement sans réagir l'une sur l'autre. Il ne nous a pas semblé que du fait de leur coexistence, les différentes épidémies aient contracté un regain d'activité ou se soient modifiées dans leur forme de quelque façon que ce fût.

Il est classique de décrire en outre, à propos des manifestations abdominales, une *forme typhoïde* de la grippe. Nous n'avons pas observé de faits analogues. A certains moments cependant, pendant la période des formes graves, la grippe a revêtu l'allure d'une fièvre continue. Après un début de grippe, bien caractérisé avec les épistaxis initiales, le facies congestif habituel, la courbe thermique ne redescendait pas et se prolongeait en un plateau régulier de 4 à 6 jours en moyenne, sans détermination viscérale autre que la bronchite, comme si la grippe initiale soulevait derrière elle une septicémie quelconque,

probablement pneumococcique (4 fois sur 20 nous avons trouvé dans ces formes le pneumocoque en hémoculture).

Le malade est un peu prostré, la rate est percutable ; il n'y a pas de manifestation abdominales. La vraisemblance avec la fièvre typhoïde est assez grossière, en somme.

D. -- FORMES HÉMORRAGIQUES GASTRO-INTESTINALES

Les observations que nous avons rapportées dans le chapitre précédent, concernent des formes gastro-intestinales pures, plus ou moins bénignes, à côté de ces formes, on a signalé, dans les épidémies antérieures, des formes gastro-intestinales hémorragiques assez graves.

Cette question des hémorragies gastro-intestinales est connue depuis longtemps.

Nous retrouvons, pour la première fois, une description complète des hémorragies grippales dans une communication faite par PETREQUIN, en décembre 1837, et relatée dans la *Gazette Médicale de Paris*, de la même époque.

A propos des désordres digestifs de la grippe, PETREQUIN signale le « *Molimen hémorrhagicum* », qui s'est manifesté par les cas d'hématémèses et de selles sanguinolentes.

Dans le *Dictionnaire de Jaccoud*, on retrouve dans la définition de la grippe qu'il donnait en 1871, ce passage intéressant : « Des hémorragies ont lieu sur diverses sur-

faces, les plus fréquentes sont l'épistaxis et l'hémoptysie, on constate encore l'hématémèse, des diarrhées sanguinolentes, etc... »

Les hémorragies gastro-intestinales ne sont donc pas particulières à l'épidémie actuelle : elles furent même plus fréquentes en 1889.

Ces hémorragies gastro-intestinales peuvent revêtir tous les modes d'intensité et tuer le malade en peu de temps, mais, la plupart du temps, les hémorragies gastro-intestinales sont légères et fugaces, à tel point qu'elles peuvent ne pas s'accompagner de vomissements, ni de melaena facilement reconnaissable.

Des hémorragies occultes seraient cependant révélées : bien souvent, par la recherche systématique du sang dans les selles de grippés, par le procédé à la benzidine ou par la réaction de MEYER.

Il ne faut pas oublier cependant que, dans ces formes occultes, la réaction étant positive, le sang peut avoir une toute autre origine, épistaxis, hémoptysie, etc.

Les ulcérations, quand elles existent, peuvent siéger sur tout le trajet du tube digestif. Ces ulcérations ont été décrites par DIEULAFOY dans sa clinique, sur « la gastrite hémorragique pneumococcique ». Elles se rencontrent non seulement sur la muqueuse de l'estomac, mais encore sur l'intestin grêle, sur le gros intestin et même sur l'appendice. Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer nous-mêmes ces formes hémorragiques, mais certains auteurs ont pu au cours de l'épidémie récente, en signaler quelques cas. M. CAUSSADE ayant eu l'occasion de pra-

liquer l'autopsie de plusieurs grippés, a noté la fréquence des suffusions sanguines et de taches ecchymotiques, siégeant surtout sur la petite courbure de l'estomac, au niveau du cardia ou du pylore, ou même des deux premiers segments du duodénum, de la dimension approximative d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une pièce de deux francs, les mêmes lésions pouvant d'ailleurs s'observer sur le gros intestin.

M. LESNÉ rapporte l'observation d'une jeune femme qui eut pendant plusieurs jours de la fièvre et des hémorragies intestinales abondantes, du sang rouge, sans douleurs, sans signe d'entérite et sans hémorroïdes apparentes. Après cinq jours de cette symptomatologie normale apparurent les signes de congestion pleuro-pulmonaire qui vinrent éclairer le diagnostic. Cette malade guérit, mais fut longtemps très anémiée. Ces hémorragies intestinales, lorsqu'elles surviennent au cours de la maladie, ont pu bien souvent faire hésiter, étant donné les phénomènes généraux concomitants entre une hémorragie d'origine grippale et une fièvre typhoïde ou une dysenterie. Le diagnostic est d'ailleurs bien facilité avec la notion d'épidémicité. Ces hémorragies peuvent s'observer non pas au cours, mais à la suite de la grippe, ainsi que l'a montré M. CHEVINSSE (*Semaine Médicale*, juin 1909). Cet auteur relate des observations d'épistaxis et d'hématémèses grippales dont on avait ignoré la cause si l'on avait eu la notion de grippe récente ; puis il ajoute que ces hématémèses et ces mélœnas furent tout à fait exceptionnels.

A côté de ces observations, claires et précises, il en existe d'autres avec hématomésés parfois graves dont la lecture prête à discussion, car les malades dont il s'agit étaient porteurs de lésions pulmonaires sérieuses avec hémoptysies et dans ces cas il est bien difficile de savoir ce qui revient au poumon et ce qui revient à l'estomac. Les lésions gastro-intestinales n'ont été relevées que rarement dans les autopsies de grippe compliquées.

Trois fois seulement, M. JACQUET a trouvé des lésions congestives, d'ailleurs peu importantes, sauf dans un cas, où il y avait des suffusions hémorragiques de l'estomac avec congestion de l'iléon dans sa partie moyenne, avec hypertrophie des ganglions mésentériques, mais sans tuméfaction des « plaques de Peyer ». Dans le cas auquel nous faisons allusion, le diagnostic avait hésité entre grippe à forme abdominale et paratyphoïde, mais il s'agissait bien d'une grippe à forme trainante, compliquée à la fin de vomissements, de diarrhée et d'une pneumonie mortelle. Ces formes sont intéressantes, car, au mois de mars 1919, pendant la recrudescence assez meurtrière qui eut lieu un peu partout, elles ont pu s'accompagner, dans la région parisienne tout au moins et chez quelques malades, d'hémorragies intestinales parfois très abondantes. Nous n'avons pu observer personnellement de faits analogues. Le D^r HUDELO et le D^r HARVIER en ont observé chacun un cas. D'autres observateurs ont également relevé des cas semblables. On voit donc qu'il faut faire une place à certaines formes de grippe à type hémorragique.

RECHUTES GASTRO-INTESTINALES au cours de la grippe

Les rechutes d'affections antérieures (pulmonaires, cardiaques, rénales, etc...), ont été constatées fréquemment au cours de cette épidémie.

De vieux dyseptiques, des ulcéreux, des dysentériques ont vu, à l'occasion de la grippe, leurs troubles anciens réapparaître et cela avec une intensité souvent plus marquée qu'au cours de leur maladie.

Nous avons pu nous-même en observer quelques cas et nous rapportons ici deux observations qui montrent clairement ces rechutes gastro-intestinales au cours de l'affection grippale.

OBSERVATION VIII (D^r LENOIR, Saint-Antoine)

Mme D. V..., 37 ans, couturière.

Rien à noter dans ses antécédents personnels ou héréditaires, sinon une rougeole à 7 ans ; à cette époque, la malade aurait été très anémique. Toujours bien portante jusqu'à il y a 3 ans.

A cette époque, la malade se ressent de douleurs tardives, apparaissant seulement par période, ces douleurs sont parfois très intenses, mais elles ne s'accompagnent pas de vomissements, ni d'hématémèses, ni de mélocnas. En juin 1918, brusquement et en pleine santé, la malade a une hématémèse, un verre à Bordeaux de sang rouge, et, le même jour, elle a des selles noires ; le lendemain, la malade prend une purgation et rend dans la journée 2 à 3 verres de sang rouge. A la suite de cette hématémèse, elle a pendant 3 jours des selles noires. Elle sent une gêne douloureuse au niveau du creux épigastrique et se met à la diète, puis au régime lacté ; mais, malgré son régime, elle continue à souffrir et à maigrir notablement et c'est alors qu'elle vient consulter à Saint-Antoine, le 1^{er} septembre 1918.

A ce moment, on trouve un point épigastrique douloureux, on sent une petite tumeur légèrement douloureuse et mobile.

Le foie paraît petit, la rate est normale.

Rien au cœur, rien aux poumons.

Le 3 septembre, on envoie la malade à la radiographie, l'on constate 5 heures après ingestion de lait, du liquide dans l'estomac. Après ingestion de bismuth, on voit un estomac à forme biloculaire, dont le bas-fond de la première poche est situé à 3 travers de doigt au-dessus de la ligne des crêtes, et le bas-fonds de la 2^e poche à 3 travers de doigt au-dessous de cette même ligne. Cette forme biloculaire de l'estomac persiste au palper et dans la position couchée. On note enfin une contraction énergique et une évacuation rapide de la poche inférieure. La mobilité est normale.

Le 11 septembre : La malade est revue aux rayons X après ingestion d'atropine ; l'image biloculaire est disparue. On trouve un point douloureux à la partie inférieure de la petite courbure. Régime lacté. Belladone. Cette malade est revue à plusieurs reprises ; elle va mieux, ne souffre pas et la recherche du sang dans les selles est négative à plusieurs reprises.

Le 18 janvier : La malade revient à la consultation. Elle ra-

conte qu'il y a huit jours, elle a été prise brusquement de maux de tête, de courbature, d'épistaxis et de fièvre. Que le troisième jour de sa maladie, sans douleur, elle a vomi un demi-verre de sang rouge avec des selles marc de café le lendemain.

Elle garde le lit et au bout de 8 jours elle guérit sans complications pulmonaires.

A l'examen, on ne trouve aucune douleur épigastrique, pas de liquide à jeun, aucune tumeur à la palpation, rien au cœur, rien aux poumons.

Voici donc une malade atteinte d'un ulcus de la petite courbure qui lui provoque une biloculation spasmodique et qui en pleine santé est prise (en même temps que d'autres membres de sa famille) de phénomènes grippaux et au cours de ces phénomènes elle fait une petite hémotémèse.

Il est vrai qu'une rechute d'ulcus était possible, sans cause apparente ; nous savons que l'ulcus est une maladie chronique à poussées aiguës, répétées, mais, étant donné que cette malade a fait une petite rechute au cours d'une grippe légère, et que les symptômes gastriques ont disparu en même temps que l'affection grippale, nous nous croyons en droit de conclure qu'il faut attribuer à la grippe les manifestations gastriques observées chez ce malade.

Voici une deuxième observation d'un malade atteint antérieurement de dysenterie amibienne qui, au cours de la grippe, a fait une nouvelle poussée de dysenterie.

OBSERVATION IX (D^r LENOIR, Saint-Antoine)

M. W..., 32 ans, charretier.

Aucune maladie antérieure.

Scarlatine et rougeole dans l'enfance.

Constipation habituelle.

Migraines fréquentes, avec réactions : coliques depuis longtemps.

Pendant la guerre, constipation accrue; parfois glaires et sang rouge dans les selles. Pendant une permission en août 1917, diarrhée avec glaires et sang, plusieurs selles par jour. Le malade raconte qu'il allait au repos dans un cantonnement où allaient également les tirailleurs sénégalais. L'examen des selles est pratiqué, on trouve des *kystes amibiens*. Traitement par l'émétine pendant 4 mois, guérison, selles régulières.

En janvier 1918, le malade est pris subitement de courbature, d'épistaxis et de fièvre, le lendemain, réaction, colique avec glaires et sang, et douleur appendiculaire. Le huitième jour de la maladie, la fièvre et tous les symptômes de la maladie disparaissent, mais la diarrhée persiste et, le 13 janvier, l'examen des selles montre des kystes. A l'examen, on ne trouve rien aux poumons, rien au cœur.

Le foie est normale. Les urines contiennent des traces d'albumine. A partir de ce moment, le malade est mis à un régime approprié et à l'émétine. Guérison.

PATHOGÉNIE

Malgré les nombreuses recherches qui ont eu lieu de toutes parts, il faut admettre que nous ne sommes guère plus fixés après cette épidémie que nous ne l'étions après celle de 1889, sur la nature du virus grippal. Cette question est encore bien obscure et nous nous contenterons de rappeler les différentes opinions émises à la suite des recherches entreprises au cours de l'épidémie.

Ces recherches portèrent de tous côtés sur les produits de l'expectoration, les suppurations des séreuses, le sang, l'urine, etc... Elles permirent d'isoler le streptocoque, le pneumocoque, des microbes encapsulés, etc..., ces microbes furent tour à tour incriminés. En 1892, PFEIFFER avait donné la première description du coccobacille.

C'est un petit bâtonnet très fin, se colorant assez difficilement par les couleurs basiques d'aniline, qui a besoin généralement pour se développer de la présence de l'hémoglobine du sang. Inoculé au singe, il détermine des accidents qui rappellent ceux de la grippe, il semble agir surtout en produisant une forme dont l'injection

provoque chez le lapin les symptômes essentiels de la maladie humaine.

D'après M. NETTER, l'épidémie de 1918, comme celle de 1889, est sous la dépendance du « bacille de Pfeiffer ». De même, en France, LEGROUX, à l'Institut Pasteur ; MEUNIER, à Pau ; ANTOINE et ORTICONI (1) ont également trouvé le coccobacille dans un grand nombre de cas et comme M. NETTER, semblent lui attribuer la plupart des cas de grippe. En Angleterre, JOHN MATHEWS (2) a obtenu des cultures de coccobacille chez tous ses malades, YOUNG et GRIFFITHS, 32 fois sur 41 expectorations. En Allemagne, UHLENHUTH (3) et ses collaborateurs ont obtenu des cultures de 25 % des cas. SIMMONDS (4) à Hambourg, NESSER (5) au front, constatent également sa grande fréquence.

A Budapest, on aurait signalé sa constance en 200 malades. La spécificité du bacille de PFEIFFER paraît cependant ébranlée et la plupart des auteurs auraient une tendance très nette à ne le considérer que comme un germe d'infection secondaire. Enfin, MM. RAFFIN et SOUBRANE ont isolé des crachats de grippés un diplocoque voisin de celui étudié en 1892, par J. TESSIER, ROUX et PITTION

(1) Bulletin de l'Académie de Médecine, 10 septembre 1918.

(2) The Lancet, 26 et 27 juillet 1918.

(3) Medizinische Klinik, 11 août 1918.

(4) Münchener med. Woch, 6 août 1918.

(5) Münchener med. Woch, 20 août 1918.

(6) Deutsch med. Woch, 1^{er} août 1918.

et qui semble plutôt un agent de complication broncho-pulmonaire.

Enfin, pour MM. RICHET fils et A. BARBIER, ces complications auraient une flore microbienne très variable. On y trouverait le « bacille de Pfeiffer », le pneumocoque, etc... seuls ou associés.

D'autre part, Charles NICOLLE et LE BAILLY, d'après une communication faite le 14 octobre 1918, à l'Académie des Sciences, rapportent une série d'expériences faites par eux et tendant à établir que le virus de la grippe est un virus filtrant : dans ce cas, le coccobacille perdrait de sa valeur. Ce virus filtrant provoquerait chez le singe comme chez l'homme, des manifestations morbides analogues à la grippe. Le sang des grippés, comme celui des rougeoleux, serait dépourvu de virulence.

Les complications seules auraient pour agents microbiens, le pneumocoque ou le « bacille de Pfeiffer ».

Voici résumé les différentes opinions émises sur la pathogénie de la grippe et, dans l'état actuel des choses, il est impossible d'émettre une conclusion ferme, d'autres recherches s'imposent et sont nécessaires.

Quoi qu'il en soit, il faut penser qu'agissant sur la muqueuse gastrique l'agent ou les agents grippaux provoquent les manifestations que nous venons de décrire.

CONCLUSIONS

En conclusion, nous dirons que, pendant l'épidémie de grippe, à côté des formes fréquentes, thoraciques, nerveuses, etc..., on a relevé :

1° Des formes gastriques pures ;

2° " " intestinales pures ;

3° " " mixtes ;

4° " " hémorragiques ;

5° Ces formes gastro-intestinales pures sont beaucoup plus rares que les formes thoraciques ou autres ;

6° Il ne faut pas confondre ces formes gastro-intestinales pures, avec les manifestations gastro-intestinales, survenues au cours de la grippe et dues à des agents microbiens connus et identifiés ;

7° Des rechutes chez des malades antérieurement atteints de troubles gastro-intestinaux ont pu être notées pendant cette épidémie et relèvent de l'agent grippal.

Vu : *Le Président de la Thèse :*

M. GILBERT.

Vu : *Le Doyen :*

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

BIBLIOGRAPHIE

- P. LEREBoullet. *La grippe en 1918* (P. M., 1918, n° 46).
- A. CHAUffARD. *Grippe épidémique à forme nerveuse fébrile* (S. M. des Hôpitaux, 17 mai 1918).
- ARNOLD NETTER. *L'épidémie de grippe de 1918* (P. M., 1^{er} octobre 1918).
- FLORAND. *A propos de l'épidémie de la grippe actuelle* (S. M. des Hôpitaux, 12 juillet 1918).
- LOUIS RENON et RENÉ MIGNOT. *La grippe de 1918* (P. M., 1918, n° 46).
- J. COMBY. *La grippe chez les enfants, observée à Paris, en décembre 1889 et janvier 1890.*
- JOLTRAIN. *A propos d'une récente épidémie de grippe.* (S. M. des Hôpitaux) (Séance du 7 juin 1918).
- J. RENAULT. *Rapport à l'Académie de Médecine* (Séance du 6 août 1918).
- CHOPINET. *Contribution à l'étude des hémorragies au cours de la grippe* (Thèse de Paris, 1919).
- LESNE. *Des hémorragies graves au cours de la grippe* (S. M. des Hôpitaux, 29 novembre 1918).
- J. EXINTARIS. *Les hémorragies de la grippe* (Thèse de Paris, 1919).

- Mme BARBIER. *La grippe de 1918-1919 dans un service de l'Hôpital Saint-Antoine* (Thèse de Paris, 1918-1919).
- L. SOUCHAY. *L'épidémie de grippe d'une ville de garnison de l'Est, 1918-1919* (Thèse de Paris, 1919).
- GOBRETCH. *De l'appendice grippale* (Thèse de Paris, 1919).
- DURAND-VAUGARON. *Grippes hémorragiques bénignes* (Thèse de Paris, 1919).
- PAUL JACQUET. *La grippe à Bourges* (Thèse Paris, 1919).
- E. LENOBLE. *La grippe dans le service des hommes de l'Hôpital civil de Brest en 1918* (B. S. M. des Hôpitaux, 1919).
- P. NICAUD. *La grippe à Fez* (B. S. M. des Hôpitaux, 1919).
- A. GOUGET. *Sur quelques caractères de la récente pandémie grippale, 1919* (B. S. M. des Hôpitaux, 1919).
- MERKLEN. *Quelques remarques sur la dernière épidémie de grippe* (S. M. des Hôpitaux (Séance du 13 juin 1919).
- G. CAUSSADE. *Broncho-pneumonie, formes purulentes, lésions gastro-intestinales, leptoméningite, toxicité de la grippe (toxémie)* (B. S. M. des Hôpitaux, 1918).
- ORTCONI et BARBIE. *Fréquence du bacille de Pfeiffer* (S. M. des H., 1918).
- JOLTRAIN et BAYLE. *Remarques sur l'épidémie actuelle* (S. M. des H., 1918).